

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juillet 1895, à 1 heure

Par RENÉ GAUTHIER

Né à Luxeuil (Haute-Saône), le 4 Septembre 1871.

DES LARGES EXCISIONS
DE TISSU ADIPEUX
CHEZ LES OBÈSES

Président : M. BERGER, professeur.

Professeur : M. LE DENTU, professeur.

Agrégés : MM. { SCHWARTZ.
MÉNÉTRIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

436

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juillet 1895, à 1 heure

Par RENÉ GAUTHIER

Né à Luxeuil (Haute-Saône), le 4 Septembre 1871.

DES LARGES EXCISIONS
DE TISSU ADIPEUX
CHEZ LES OBÈSES

Président : M. BERGER, professeur.

Professeur : M. LE DENTU, professeur.

Agrégés : MM. { SCHWARTZ.
MÉNÉTRIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine. 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
Clinique médicale.....		SÉE (G.)
		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTNER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER,

Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PÉAN,

Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY,

Médecin des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

DES LARGES EXCISIONS DE TISSU ADIPEUX

Chez les Obèses

I

Rôle des excisions de tissu adipeux dans le traitement
de l'obésité.

Les excisions de tissu adipeux chez les obèses ont été rarement pratiquées jusqu'à présent. C'est en Amérique qu'on a tenté les premières opérations. M. le docteur Marx a été l'un des premiers chirurgiens qui aient essayé de les introduire en France.

La littérature médicale est presque muette à ce sujet, et si on consulte les travaux et les mémoires présentés sur le traitement de l'obésité en France par Dujardin-Beaumetz, C. Paul, Chéron, Warne, etc.; en Allemagne par Kisch, Virchow, Voss, Ebstein, Reibmayr, etc.; en Amérique et en Angleterre par Mendelson, Moeller, Jamieson, Hassen, etc., on est surpris que pas un de ces au-

teurs ne signale seulement les tentatives qui ont été faites dans le but de débarrasser les obèses de ces bourrelets et de ces tabliers adipeux qui constituent le côté le plus pénible et le plus gênant de leur état.

Il y a pourtant là une infirmité véritable, sorte de complication greffée sur la maladie générale, et contre laquelle on voudrait pouvoir lutter. Aussi quelques chirurgiens ont-ils essayé d'y porter remède, au moyen de l'excision large de ces plis et de ces tabliers doublés de leur graisse.

En suivant leur exemple, nous n'aurons évidemment ni la prétention ni le but de guérir radicalement les malades. Nous ne songerons à faire qu'une opération palliative, mais de celles qui peuvent rendre aux patients les plus importants services.

Après elle, le traitement hygiénique entrera seulement en scène, avec son indication capitale, l'exercice.

Celui-ci n'est rendu possible que par l'intervention chirurgicale chez les obèses qui sont porteurs de tabliers graisseux retombant sur leurs cuisses, et rendant douloureux les moindres mouvements par l'intertrigo qui couvre leur partie inférieure.

Aussi ne croyons-nous pas que l'impuissance où nous sommes d'obtenir par des opérations la guérison radicale de la polysarcie, soit une raison suffisante pour que nous privions nos malades d'un aussi puissant moyen de soulagement.

Si nous ne les débarrassons pas immédiatement de la surcharge grasseuse du cœur et des différents viscères — surcharge qui constitue le véritable danger de l'obésité, — au moins préparons-nous la voie qui nous mènera vers ce but.

Peut-être même pouvons-nous émettre cette hypothèse, que lorsque nous aurons enlevé au malade plusieurs kilogrammes de graisse, le traitement hygiénique exercera une action plus puissante sur ce que nous ne pouvons pas atteindre, et épuisera plus vite un champ que nous lui aurons rendu moins vaste.

Mais il faudrait, pour décider cette question, qu'un plus grand nombre de ces opérations eût été pratiqué, et qu'on en eût longtemps observé les suites.

II

Distribution du tissu adipeux dans l'économie, troubles qu'il apporte au fonctionnement des différents viscères et du cœur en particulier. Contre-indications opératoires tirées de l'état de cet organe.

Avant d'exposer les indications et la technique des excisions de tissu adipeux chez les obèses, il est bon de rappeler dans ses grandes lignes l'état où se présentent ordinairement ces malades.

Le développement exagéré et l'accumulation du tissu adipeux sont les premiers symptômes qui attirent leur attention et celle du médecin.

Cette accumulation commence dans les parties de l'organisme où ce tissu se rencontre le plus à l'état physiologique. La couche sous-cutanée est la plus favorisée à ce point de vue. La graisse s'y répartit inégalement suivant les régions ; nous verrons plus loin quels sont ses lieux d'élection habituels.

J'emprunte à l'article de Demange, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, la plupart des détails suivants :

« Sous les aponévroses, le tissu adipeux est beaucoup moins abondant que sous la peau ; il manque absolument sous l'aponévrose crânienne ; sous les aponévroses musculaires, il peut s'étendre en nappes plus ou moins épaisses ; dans les intervalles des muscles, il forme des traînées souvent volumineuses, et s'infiltré jusque dans les espaces conjonctifs interfasciculaires. Le tissu musculaire conserve habituellement sa couleur normale, mais souvent il est flasque et pâle, lorsque le tissu conjonctif interfasciculaire, s'infiltrant de graisse, détermine, comme par étouffement, un certain degré d'atrophie *de la fibre musculaire*. Chez quelques sujets, on trouve de petits lobules adipeux ou des traînées adipeuses entre les faisceaux musculaires de la vessie, jusque sous la muqueuse de cet organe (Robin). »

Ces lésions extérieures et grossières, plus gênantes que dangereuses, ne sont malheureusement pas les seules.

« Le foie est hypertrophié, pâle, et d'une consistance molle et pâteuse, gras à la coupe ; les cellules hépatiques sont infiltrées de graisse. La plèvre pariétale est souvent soulevée par une accumulation graisseuse considérable, qui diminue d'autant la cavité du thorax. Le tissu cellulaire des médiastins est rempli par de la graisse qui *comprime les gros vaisseaux et refoule le cœur*.

« La substance musculaire de cet organe est presque complètement cachée par de la graisse,

et enfin le muscle cardiaque est mou, flasque, élargi, arrondi, et habituellement dilaté. Sous l'endocarde, il y a des taches jaunes, dues à l'accumulation de particules graisseuses (Parrot). Dans l'épaisseur du myocarde, il se produit des stries graisseuses, allongées, suivant la direction des fibres qu'elles dissocient, sans toutefois leur faire perdre leur striation transversale. Le tissu du cœur est souvent pâle, feuille morte ; c'est alors que la surcharge graisseuse s'est compliquée d'une stéatose parenchymateuse, et les deux causes s'ajoutent pour lui faire perdre sa puissance contractile. »

Si nous ajoutons à cela que les obèses sont pour la plupart des artério-scléreux (Kisch), ces deux conditions pathologiques réunies nous feront facilement comprendre que la mort subite puisse survenir assez fréquemment dans la polysarcie.

La perspective d'un pareil accident n'est pas pour donner grande confiance aux chirurgiens qui seraient disposés à une intervention active. Aussi convient-il de voir dans quelles circonstances il survient généralement, de façon que nous puissions observer la plus grande réserve avec les malades qu'il menace le plus.

Kisch (ueber Plœztliche Todesfälle bei Lipomatosis universalis, *Berl. Klin. Woch.* fév. 86) rapporte 37 cas de mort subite dans l'obésité.

Sur ces 37 cas, 29 ont été observés par Mashka, et se dédoublent de la façon suivante :

Hommes, 15.

Femmes, 14.

On voit que l'influence du sexe ne se manifeste en rien dans cette statistique.

Relativement à l'âge du sujet, on relève les chiffres suivants :

Entre 50 et 65 ans 21

Entre 39 et 50 ans 8

Au point de vue de l'anatomie pathologique, Mashka signale, comme cause de décès :

Œdème pulmonaire aigu, consécutif à la
paralysie du myocarde gras 12

Hémorrhagie cérébrale, conséquence d'une
artério-sclérose généralisée 6

Rupture du cœur 1

Les 18 autres observations sont personnelles à Kisch. Sur les 18 autopsies qu'il a pratiquées, il a compté 3 fois sur 4 de l'artério-sclérose, et n'a jamais vu la rupture du cœur que Quain dit avoir rencontrée 28 fois sur 83 cas.

Rueff (*Méd. Mod.* Paris, 1892) rapporte trois nouveaux cas de mort subite également observés par Kisch, et qu'il est intéressant de reproduire ici.

« Le premier cas a trait à un homme d'environ 35 ans, très gras, qui augmentait encore son adipose par l'abus de l'alcool, et tout particulièrement du cognac et des bières lourdes. Il présentait tous les signes habituels de la dégénérescence grais-

seuse du cœur à un degré avancé : cyanose de la face et des lèvres, battement de cœur et violente dyspnée pendant la marche et l'ascension des étages ; de temps à autre poussées congestives vers la tête et *vertiges*. La matité cardiaque était notablement augmentée, la pointe repoussée en dehors.

« *On ne constatait de souffle ni au cœur ni dans les gros vaisseaux.* Le pouts était très tendu, *habituellement fréquent ; mais quelquefois étonnamment ralenti.* Dans les deux poumons râles étendus : œdème aux pieds, insomnie aggravée par de *véritables accès d'asthme.*

« Kisch lui prescrivit une cure modérée d'eau de Marienbad, et une diète appropriée qui ne fut pas observée, car le malade continua à abuser du cognac. Peu de temps après le début de la cure, il se trouva particulièrement agité ; il but beaucoup de cognac, se mit au lit et pratiqua le coït. Immédiatement après cet acte, il voulut sortir du lit. Mais il en tomba mort en poussant un profond gémissment.

Le second cas est celui d'un homme de 45 ans, qui souffrait d'adipose généralisée depuis sa jeunesse. Quoiqu'il se fût adonné à la boisson, son obésité avait un peu diminué ; mais il présentait des signes d'alcoolisme chronique : hypertrophie du cœur avec bruit de galop, hypertrophie énorme du foie avec légère albuminurie, grande excitabilité nerveuse. Le symptôme le plus redoutable était des *accès d'asthénie cardiaque.* Pendant

son séjour à Marienbad, il ne modifia pas ses habitudes ; un jour il chancela subitement en voulant prendre un verre de vin, et mourut sans pousser un cri

« Dans un troisième cas, il s'agissait d'un homme de soixante-dix ans, atteint d'adipose généralisée et d'*artério-sclérose très développée*. Matité cardiaque notablement exagérée, pouls excessivement tendu et très fréquent. Le second bruit aortique était plus renforcé ; *accès d'asthme* et légère albuminurie. Malgré la défense qu'on lui avait faite de se livrer à des mouvements pénibles, il voulut faire l'ascension d'une montagne, et paya de sa vie cette imprudence, car, en redescendant, il tomba subitement mort, en poussant un cri. »

Pourrons-nous, par un examen approfondi du malade, prévoir une semblable terminaison ?

Kisch a en partie résolu cette question qui est pour nous de la plus haute importance.

Se basant sur l'état du pouls, la forme des tracés sphymographiques, *les accidents d'arythmie et d'angine de poitrine*, l'auteur allemand a pu établir comme quatre échelons dans la gravité du pronostic, et cette classification, confirmée par les 40 cas de mort subite que nous venons de rapporter, présentera pour nous un intérêt capital.

J'en emprunte le résumé suivant à la *Revue médicale* de M. le professeur Hayem : « Kisch, (*Berlin Klin, Woch.*, mars 1884), pratiquant la médecine aux eaux de Marienbad, a eu de nom-

breuses occasions d'observer la surcharge graisseuse du cœur qui accompagne l'obésité. C'est ainsi qu'il a pu prendre les tracés sphymographiques de cent personnes atteintes d'embonpoint exagéré, et établir quatre groupes parmi les malades qu'il a examinés.

« Le premier groupe, le plus important (cent quarante-cinq individus, soit 36 1/4 p. 0/0 du chiffre total), offre un pouls plus ou moins lent, c'est-à-dire que la ligne d'ascension est moins à pic, et le sommet de la courbe moins aigu, les élévations de reflux et d'élasticité dans la ligne de descente moins sensibles, ou même indistinctes. Dans les cas les plus intenses, le pouls devient anacrote, c'est-à-dire que la ligne d'ascension offre des élévations secondaires, et que même, le sommet de la courbe s'arrondit.

« Dans ce groupe, formé d'individus de trente-cinq à cinquante ans, pesant de quatre-vingt-quatre à cent soixante kilogrammes, le sexe féminin prédomine. Les phénomènes morbides sont très variables. Certains malades n'éprouvent qu'une légère gêne respiratoire quand ils montent des escaliers, ou se livrent à des mouvements violents. Le pouls est parfois très ralenti. La percussion et l'auscultation du cœur sont négatives.

« Une cure énergique à Marienbad, en faisant maigrir le malade, *peut ramener son pouls à l'état normal.*

« Le deuxième groupe comprend cent vingt-huit malades (32 p. 0/0). Ici, le pouls présente un dicrotisme plus ou moins accusé. La ligne de descente est déjà très longue avant que se produise l'élévation de reflux, qui est considérablement amplifiée, tandis que les élévations dues à l'élasticité artérielle sont faibles ou manquantes. Les malades sont en partie jeunes et très anémiques; ce sont surtout des femmes, remarquablement obèses, en partie d'âge moyen. Le choc de la pointe est diffus et peu énergique; le pouls faible, généralement de fréquence un peu accrue. Il existe souvent de légers signes d'affaiblissement cardiaque et de l'asthme. La respiration est gênée aux moindres efforts, les palpitations sont fréquentes, et parfois il y a de l'anxiété précordiale.

« Le troisième groupe embrasse quatre-vingt-seize malades, en général âgés de cinquante à soixante ans. Chez eux, la forme du pouls témoigne d'une augmentation de la tension vasculaire due à l'artério-sclérose. La ligne d'ascension est escarpée, les premières élévations de l'élasticité beaucoup plus marquées que normalement. Les phénomènes morbides sont toujours intenses, notamment la dyspnée, les accès d'asthme et de vertiges. Le plus souvent, le cœur est très hypertrophié, le pouls est plein; le deuxième bruit aortique quelquefois renforcé.

« Enfin, le quatrième groupe, qui renferme trente et un individus (7, 3/4 p. 0/0) en partie

d'âge moyen, se compose de tous les cas où le rythme du pouls n'est plus régulier. Leur obésité ne leur occasionne que peu de gêne. Ce sont les *intermittences du pouls* qui les incommode. Lorsque l'*arythmie* cardiaque est extrême, l'*asthme* est toujours énorme, particulièrement la nuit. Le pouls est à la fois faible et fréquent. »

Quels sont, dans ces quatre catégories, les malades qui pourront supporter l'opération et l'anesthésie quelquefois longue qu'elle comporte ? Avec lesquels devons-nous être plus réservés ?

Nous pensons que nous pourrions opérer sans crainte les obèses rangés dans les deux premiers groupes, c'est-à-dire 68 p. 0/0 environ. Ceux-ci, en effet, n'ont que des lésions cardiaques encore peu avancées.

Les premiers n'ont comme signes fonctionnels qu'une légère oppression, un peu de ralentissement du pouls, et un étalement, pour ainsi dire, de la courbe sphymographique, tous troubles transitoires et disparaissant avec le traitement.

Les seconds sont déjà plus malades, mais encore opérables. Le pouls est dicrote, encore régulier ; mais un peu accéléré. L'oppression augmente, l'asthme, les palpitations, l'anxiété précordiale, font leur apparition.

Quant aux malades des deux derniers groupes, les seuls parmi lesquels on ait observé des cas de mort subite, ce sont de grands artério-scléreux, ou de grands arythmiques à *violents accès d'asthme*,

de suffocation, de vertige. C'est sur eux que le choc opératoire pourrait avoir le plus fâcheux retentissement.

Pour ce qui est des petits artério scléreux, ne présentant ni *asthme*, ni *suffocations*, ni *vertiges*, ils forment la majeure partie des obèses, et leur état, qui nécessite des précautions spéciales, ne constitue pas une contre-indication opératoire.

Ce sera donc sur l'existence ou l'absence de ces grands troubles cardiaques (arythmie, asthme, suffocations, vertiges) que nous devrons toujours régler notre conduite.

III

Déformations produites par l'accumulation de la graisse dans la couche sous-cutanée.

Après avoir étudié la répartition générale du tissu graisseux dans l'économie, et les troubles qu'il apporte au fonctionnement des différents viscères et du cœur en particulier; après avoir vu quels sont les cas où la surcharge graisseuse de cet organe peut entraîner la mort subite, et quels sont les signes grâce auxquels nous pourrons, dans une certaine limite, la prévoir, et ne rien faire pour la provoquer, voyons maintenant comment ce tissu adipeux se distribue et s'accumule dans la couche sous-cutanée.

Cette partie de l'organisme est son siège de prédilection. C'est là qu'il apparaît tout d'abord. C'est là que nous pourrons agir directement sur lui et l'enlever.

« C'est parfois dans les joues, à la base du cou, et sur la partie supérieure de la poitrine que la graisse commence à s'accumuler; les joues sont comme bouffies, tantôt pâles, tantôt colorées, *surtout si l'on a affaire à des alcooliques*; les

creux sus et sous claviculaires s'effacent ; le cou paraît court, les épaules sont comme matelassées par un coussin de tissu adipeux ; la circonférence de la poitrine augmente, les seins se développent outre mesure ; chez l'homme ils acquièrent parfois un développement extraordinaire, Schœffer rapporte l'histoire d'un jeune homme chez lequel, dit-il, « *Mammæ pectus amplum obsidebant, « adeo prægrandes ut ubera maxima lactantis « feminae nunquam illas æquare persuasus sum* ». Chez la femme, les seins deviennent énormes, dépassent en grosseur celle de la tête d'un adulte, et retombent sur le ventre, fatiguant ainsi par leur poids les malheureuses qui les portent. D'autres fois, plus souvent peut-être, l'obésité commence par l'abdomen ; c'est surtout quand elle survient vers l'âge de 25 ans l'individu prend du ventre, dit-on ; déjà les parois abdominales, l'épiploon et le mésentère sont infiltrés d'une couche épaisse de graisse ; la circonférence de l'abdomen acquiert une dimension inaccoutumée, et les parties inférieures du ventre forment en retombant sur les cuisses *un repli très marqué* au niveau des régions inguinales ; dans le cas de Schœffer, *le ventre descendait sur les cuisses jusqu'aux genoux*. Le pubis se recouvre, dans certains cas, d'une couche adipeuse considérable ; la verge et le scrotum, de même que les paupières, sont respectés ; dans cette même observation de Schœffer, *le pénis était caché sous l'amas de*

graisse de l'abdomen et du pubis, de sorte que l'urine paraissait sourdre d'une espèce de sinus situé à cet endroit.

« Les membres supérieurs ou inférieurs présentent également un volume anormal ; les épaules, les fesses sont énormes ; les aisselles sont remplies par du tissu adipeux qui force les malades à tenir les bras constamment écartés du corps ; les bras, les cuisses, les mollets sont énormes ; le dos des mains et des doigts est potelé ; les poignets, les chevilles sont habituellement respectés, et, à leur niveau existe un sillon profond, duquel l'extrémité du membre semble sortir.

« Le poids du corps atteint un chiffre considérable ; il est fréquent de le voir arriver à 90 et 100 kilogrammes ; assez souvent, on trouve 150 et 175 kilogrammes ; dans certains cas on a noté le poids de 400, 600 et 800 livres. Un homme, cité par Wadd, pesait 980 livres.

« Marcé rapporte le fait suivant : Philippe Hutin, âgé de 13 ans 1/2 et de la taille de 1^m 30, pesait 214 livres ; en le mesurant on nota les chiffres suivants :

« Circonférence au niveau de l'appendice	
	xyphoïde 1 ^m 21
» de l'abdomen à l'ombilic.	1. 33
» du cou	0 47
» de la face au-dessus de la	
	bouche. 0 46

Circonférence sous les aisselles	0	88
» des bras au niveau du deltoïde.	0	37
» de la cuisse à la partie moyenne	0	74
» du genou.....	0	58
» de la jambe au-dessus du pied . . .	0	28

« Aran donne les mesures suivantes sur une jeune fille de 25 ans, pesant 200 kilogrammes :

« Circonférence abdominale à l'ombilic	1 ^m	53
» de la cuisse	0	88
» du genou	0	45
» du mollet...	0	51
» du bras.....	0	47

Ajoutons à ces observations la photographie d'une malade qui s'est présentée il y a quelque temps à l'hôpital International, à la consultation de notre vénéré maître, M. le docteur Péan, et à laquelle celui-ci se propose de faire prochainement plusieurs opérations pour la débarrasser de la polysarcie qui la rend aujourd'hui complètement impotente.

Cette femme pèse 235 kilogrammes, elle est âgée de 43 ans et exerce la profession de marchande de vin. Comme on peut s'en rendre compte en examinant les planches reproduites ici, la graisse s'est tellement accumulée sur cette malheureuse, qu'elle n'est plus qu'un bloc informe, dans

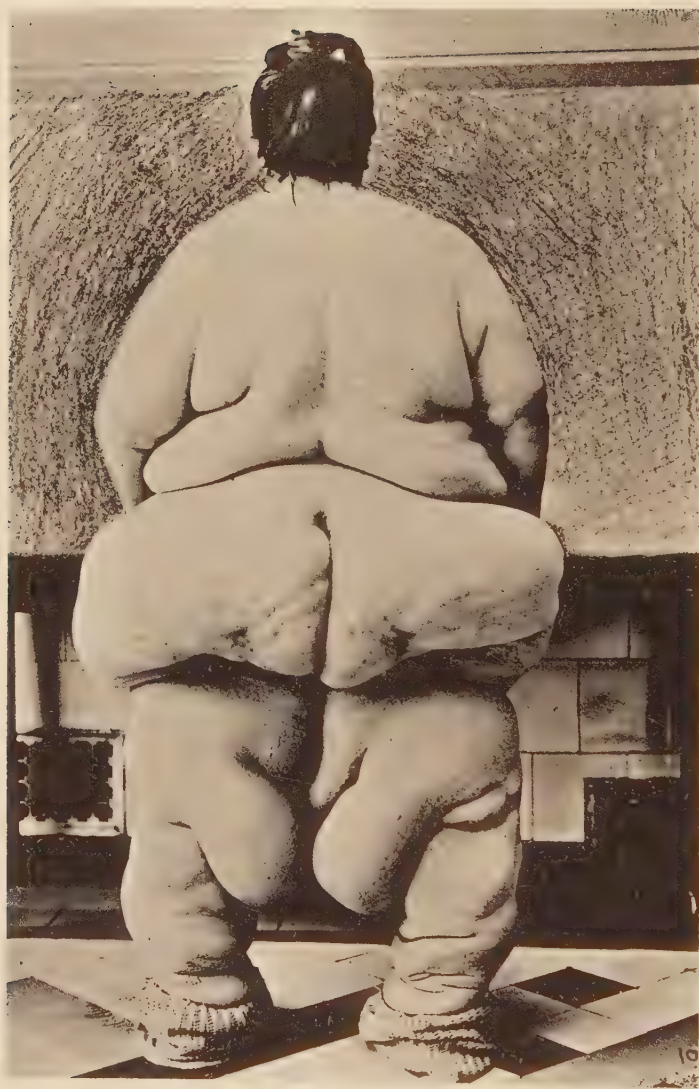
lequel on ne sait où retrouver chaque organe sous les énormes plis ou bourrelets qui les cachent.

Le père de cette malade est mort polysarcique. Il pesait 420 livres. Elle-même n'a commencé à engraisser que depuis dix-huit mois. Elle ne connaît aucun autre cas de polysarcie dans sa famille. On ne note chez elle aucun trouble du côté du cœur.

Ces trois reproductions phototypiques en disent plus long que les meilleures descriptions, et rien ne saurait mieux faire comprendre l'état dans lequel se trouvent des malades obligés de porter un tel poids, alors que les moindres mouvements, grâce aux frottements qu'ils provoquent, sont une source de douleur, alors que leur cœur suffirait à peine à une tâche normale et que leurs muscles sont souvent en état de dégénérescence. En effet, « la force musculaire n'est pas en rapport avec la corpulence de l'individu. Si elle peut être grande, comme chez certains hercules de foire, par exemple, c'est que l'exercice l'a beaucoup développée. En outre, bien que souvent très gras, c'est au développement de leurs masses musculaires que ces athlètes doivent surtout leurs proportions gigantesques. Chez les véritables obèses, vivant d'habitude d'une vie très molle, la force musculaire est au contraire souvent diminuée. » (Demange, loc. cit.)

Dans de pareilles conditions, le moindre allègement peut soulager les patients, et les observa-







lions qui sont rapportées dans cette thèse montrent qu'il n'est pas difficile de leur faire perdre en une séance plusieurs kilogrammes de graisse. Mais, comme nous l'avons indiqué dès les premières pages, cette décharge de poids n'est pas le résultat le plus important, et c'est de la suppression des plis, des bourrelets et des véritables tabliers graisseux qu'on rencontre parfois chez eux, que les polysarciques tireront le plus grand bénéfice.

La généralisation de l'adipose à toute la couche sous-cutanée n'est pas le seul mode de développement de l'obésité. Celle-ci peut être étendue à l'abdomen, à la poitrine, être plus ou moins marquée sur les hanches, sur les fesses, sur les cuisses; mais, chose beaucoup plus intéressante pour nous, il arrive parfois qu'un dépôt graisseux plus abondant se forme en un point limité du corps d'un obèse. Il peut même se faire que ces dépôts se forment chez des individus dont toutes les autres parties du corps restent absolument saines. Tel est le cas rapporté par Virchow à la « Société de médecine de Berlin » (*Berl. Klin. Woch.*, 4 juillet 1892). Il s'agit d'un homme de 40 ans, qui, jusqu'à 36 ans, ne présentait absolument rien de spécial. « Il apporte une photographie faite vers cette « époque, où il est représenté dans un groupe avec « ses collègues de la musique d'un régiment « d'infanterie, et où le col de sa tunique semble « fermer exactement sans le serrer. »

Puis le cou se met à grossir, l'adipose gagne la nuque et empiète un peu sur les joues, s'étend jusque sur le deltoïde et la partie supérieure du bras. La graisse s'accumule en de telles couches que sa figure semble émerger de ce bloc « comme d'une gigantesque collerette ».

Puis d'autres dépôts se forment sur les hanches, d'où l'adipose gagne la cuisse et s'arrête au genou. Tout l'intervalle entre ces différentes régions est absolument sain et ne présente aucune modification. « Si bien, dit Virchow, que j'en suis à me demander quel nom il faut donner à cette affection « unique en son genre. Est-ce de la polysarcie ? « est-ce du lipome ? Ni l'un ni l'autre, car cela se « distingue de la polysarcie par les grands espaces de tissu cellulaire complètement sain, séparant les parties envahies, et cela se distingue « du lipome par le manque absolu de limites entre « les parties saines et les parties malades. Celles-ci se continuent avec celles-là sans ligne de démarcation nette. Cela tient le milieu entre les « deux affections : c'est la polysarcia lipomatodes. »

Certes, des cas aussi typiques que celui rapporté par Virchow sont rares, et quand la « polysarcie lipomateuse », pour nous servir de l'expression qu'il a consacrée, devient aussi considérable que dans son observation, une intervention semble difficile. Et pourtant que fera le chirurgien ou le médecin ? Son malade n'est pas à proprement parler un

obèse, pas plus que le chameau n'est un obèse à cause des bosses graisseuses qu'il porte sur le dos. Quelle influence le traitement général aura-t-il sur lui ? Il s'agit ici vraisemblablement de troubles trophiques spéciaux, que des excisions larges de tissu adipeux pourraient faire disparaître, peut-être d'une façon définitive ; et si nous avons à poser les indications d'un traitement chirurgical dans ce cas, nous n'hésiterions pas à conseiller une série d'excisions elliptiques comprenant la peau et le tissu adipeux allant jusqu'à l'aponévrose superficielle du cou, et rasant celle-ci. Nous ne songerions pas à tout réduire en une séance. Mais nous espérons au contraire que les travées de tissu fibreux et cicatriciel laissées par chaque intervention, seraient capables de constituer comme un cloisonnement qui contiendrait le tissu adipeux et en empêcherait de nouvelles formations.

IV

Diabète et alcoolisme dans le cours de l'obésité. Conséquences de ces complications au point de vue opératoire.

Outre l'état du cœur et des artères, deux grandes complications peuvent se présenter dans la polysarcie, et leur importance au point de vue opératoire mérite de nous arrêter quelque temps, ce sont : le diabète et l'alcoolisme.

Une grande partie des diabétiques, en effet, deviennent obèses à un moment donné de leur existence. Nous savons toute la gravité des opérations pratiquées sur ces malades, et quelle que soit la gêne produite chez eux par la polysarcie, nous croyons que dans aucun cas le chirurgien ne doit intervenir pour les en soulager.

Nous devons donc tout d'abord, en présence d'un obèse, nous poser cette question, facile à résoudre : le malade est-il un diabétique ? Généralement, le diabète sucré seul s'accompagne d'obésité. Pourtant, il existe un cas de diabète insipide compliqué d'adipose universelle ; le cas a été rapporté par A. Voss (*Berl. Klin. Woch.* 5 janv. 1891)

(Ueber diabetes insipidus und adipositas universalis). C'est celui d'une jeune fille de 17 ans, sans hérédité, ni disposition morbide, chez qui se développa, vers l'âge de onze ans, sans cause appréciable, un diabète insipide.

Pendant quatre ans, la soif et la polyurie furent très vives, tandis que l'appétit diminuait. Puis, celui-ci se rétablit, et la malade se mit à engraisser.

Lorsque Voss l'examina, l'embonpoint était surtout marqué au tronc, plus spécialement au ventre. La circonférence thoracique était de 87 centimètres au-dessous des seins peu développés, 98 centimètres au niveau du nombril, et de 100 centimètres au-dessous.

Le poids du corps, qui était de 113 livres à son entrée à l'hôpital, monta deux mois après à 128 livres.

La malade buvait de 5 à 6 litres par 24 heures, et urinait de 5.000 à 7.000 grammes. « Les urines avaient une densité de 1001 à 1005, étaient faiblement acides, et contenaient en moyenne :

14 grammes d'urée ;

Pas d'acide urique ;

5 gr. 8 de chlorures ;

0 gr. 83 d'acide phosphorique ;

1 gr. 7 d'acide sulfurique ;

0 gr. 67 d'inosite ;

ni sucre, ni albumine, ni acides biliaires. »

Cette fille n'était pas encore réglée.

La suppression des boissons ne diminua que très

peu la quantité des urines sans augmenter leur densité. « Il fallut d'ailleurs y renoncer rapidement parce qu'elle déterminait une grande « faiblesse et du sopor.

« L'antipyrine, portée jusqu'à la dose de six « grammes par jour ne fut pas plus efficace. »

Comme on peut le voir à la lecture de l'observation, le point dominant de ce diabète est la quantité de l'urine rendue, sa qualité étant surtout négative. C'est sur cette quantité d'urine émise par un obèse qu'il faudrait se baser pour porter le diagnostic rare de diabète et insipide, non sur la quantité de liquide ingérée, car on sait (Buzzi. *Bemerkungen ueber hyperhydrosis bei Fettleibigen*, Berlin, 1887), que les polysarciques présentent des sueurs très abondantes, et que le vide laissé par elles dans l'organisme entraîne parfois une polydypsie très considérable.

Quelle que soit donc cette polydypsie, lorsque l'urine ne contiendra pas de sucre et que sa quantité ne sera pas augmentée, nous pourrions être certains que notre malade n'est pas diabétique.

Nous ferons alors porter nos investigations du côté de l'alcoolisme, complication bien plus fréquente encore que la première, puisqu'il a pu être rangé à juste titre parmi l'une des causes les plus communes de l'obésité.

L'alcool est en effet un aliment d'épargne, diminuant la déperdition d'acide carbonique, ralentissant la désassimilation.

Il est à noter qu'il agit d'autant mieux dans ce sens qu'il est pris à doses plus faibles et plus souvent répétées, ce qui est généralement la façon dont l'absorbent les obèses : il est rare que nous voyions des obèses en état d'ivresse absolue, mais un grand nombre d'entre eux passent leur existence au café, et arrivent à boire chaque jour, par petites quantités à la fois, une somme considérable de bière et d'autres boissons alcooliques.

Notons encore que la bière est la forme sous laquelle l'alcool favorise le plus le développement de l'adipose, car cette boisson renferme une quantité de dextrine, complètement assimilable, équivalant à 30 grammes de pain pour un litre.

Nous avons vu que la prudence la plus élémentaire nous engageait à nous abstenir dans le cas où l'obésité se compliquait de diabète. Que ferons-nous quand elle s'unit à l'alcoolisme ?

Ici encore les dangers sont grands, et nous savons que les moindres traumatismes chez ces malades peuvent être le point de départ d'une violente attaque de délire, éventualité fâcheuse, au cours de laquelle des efforts et des mouvements désordonnés peuvent faire lâcher la cicatrice ou arracher les sutures avant la guérison complète.

En outre, les artères des alcooliques sont souvent atteintes d'artério-sclérose. L'hémostase sera chez eux plus difficile à réaliser que chez les autres obèses, et des hémorrhagies graves pour-

ront se déclarer quelques heures après l'opération. Cette complication sera d'ailleurs l'objet d'un chapitre ultérieur. Qu'il nous suffise seulement de dire maintenant qu'en prenant certaines précautions, nous pourrons l'éviter à coup sûr et que la seule possibilité du délire aigu post-opératoire, doit être retenue.

Cette dernière complication même ne nous arrêtera pas ; mais elle nous engagera à suivre, pour les obèses alcooliques, une méthode particulière.

Un mois, deux mois avant de les opérer, nous les soumettrons à une surveillance très active et à un régime sévère, soit en ville, soit à l'hôpital.

Dans ce régime, nous ne supprimerons pas brusquement les alcools, car nous savons que cette suppression brusque peut être aussi quelquefois le point de départ d'une attaque de délire.

Nous nous contenterons d'en diminuer progressivement la dose, et de les remplacer peu à peu par du lait ou de la tisane de lactose, ou de la limonade ordinaire faite avec de l'eau, du sucre, et des tranches de citron. Nous ne prendrons en main le bistouri que lorsque le malade aura pu sans inconvénient être privé pendant 6 à 8 jours de toute espèce de boisson alcoolique, et nous croyons que nous éviterons ainsi le danger d'une attaque de délire aigu provoquée par l'opération.

Manuel opératoire des excisions de tissu adipeux chez les obèses. Modifications du manuel opératoire quand les malades présentent en même temps des hernies.

Maintenant que nous connaissons les déformations produites par l'adipose chez les polysarciques, et la façon dont nous pourrions tourner les obstacles opposés par l'alcoolisme à une intervention chirurgicale, quelle sera la technique des larges excisions de tissu adipeux que nous pratiquerons chez ces malades ?

Ces opérations, nous l'avons déjà dit, n'ont pas pour but de supprimer d'un coup toute l'adipose du sujet. Elles ne se proposent que de remédier à une infirmité des plus pénibles en retranchant les plis et les tabliers graisseux dont souffrent les obèses, en enlevant toutes les masses de graisse presque pédiculées qui les gênent dans leurs mouvements et les accablent par leur poids.

La forme des incisions et leur étendue devront donc varier avec chaque cas particulier, et les détails de chaque observation sont la meilleure description qu'on en puisse fournir. Nous voulons seu-

lement indiquer ici les règles générales dont l'application est constante.

Tout d'abord il faut se souvenir — et ceci est une particularité connue de tout le monde — que lorsqu'on fait une incision sur la peau doublée d'une épaisse couche de graisse, celle-ci vient faire hernie au milieu des lèvres écartées de la plaie, et s'interpose volontiers entre elles au moment des sutures. Cette disposition s'exagère au maximum dans la polysarcie, et nulle part n'est plus utile à suivre qu'ici ce précepte qui recommande de tenir le tranchant du bistouri non pas perpendiculaire, mais incliné sur la surface à inciser, comme si on voulait s'engager au-dessous de la portion qu'on n'enlèvera pas.

Cette petite précaution permettra d'aller plus vite; mais, à supposer qu'on l'oublie, le mal serait encore réparable, et on en serait quitte pour faire une nouvelle incision dans la couche graisseuse au niveau de la peau rétractée, comme cela se pratique dans les amputations des membres.

A mesure que l'incision se fait tout autour du pli, de l'ellipse de peau à exciser, des aides placent une couronne de pinces dentées sur la lèvre formée par la circonférence extérieure de la plaie. Là où donne un vaisseau, dans l'intervalle des pinces dentées, ils placent une pince hémostatique ordinaire, serrant en bloc le vaisseau, le tissu cellulo-adipeux et la peau.

Pour donner le second coup de bistouri, l'opéra-

teur saisit la partie à enlever, pendant que les aides tirent à eux et soulèvent les pinces qu'ils ont placées sur la peau ; puis il glisse son instrument au-dessous de celle-ci, obliquement, de façon à tailler du premier coup un lambeau cunéiforme, large à sa base, plus mince au niveau de son bord libre. Il doit aller dans ce second coup de couteau jusqu'au voisinage de l'aponévrose, et circonscrire entièrement le bourrelet par une incision profonde.

A mesure qu'il avance, derrière son bistouri, les aides placent des pinces *sur tout ce qui saigne, du côté extérieur*. Ils ne pincent en dedans que les principaux vaisseaux, de façon seulement à ne pas permettre une hémorrhagie trop considérable. Les incisions, comme on le verra dans les observations rapportées plus loin, sont assez larges pour que tout cela puisse se faire en même temps, sans que les uns soient gênés par les autres.

Pour la partie de l'incision qui se trouve entre le pli à enlever et lui, l'opérateur peut continuer à écarter ce pli de la main gauche, pendant que des aides, placés à côté de lui, soulèvent, par dessous son bras, la couronne de pinces, dans la portion où il promène le bistouri, et que d'autres, en face, l'aident à écarter, en la tirant à eux, la masse grasseuse qu'il circonscrit.

Ceci fait, il ne lui reste plus qu'à trancher la base de son pédicule en rasant l'aponévrose, sur

laquelle il est bon de laisser le moins de graisse possible.

Suivant la région où l'on opère, la forme des incisions pourra varier. A l'abdomen, la forme en T renversé (J) remplit généralement bien les indications. En effet, on trouve ordinairement là un vaste pli horizontal, pendant de la région hypogastrique sur le pubis, sur la partie supérieure des cuisses, quelquefois plus bas. La ligne de suture, après l'excision de ce pli, forme la branche horizontale du J.

Là ne se bornent pas la déformation et l'intervention qu'elle nécessite. Quand les obèses à gros abdomen flasque sont couchés sur le dos, leur ventre prend la forme d'un « *ventre de crapaud* ». Il s'aplatit et s'étale, la graisse fuit sur les parties latérales et vient former sur les hanches de gros bourrelets qui deviennent peu à peu définitifs. La femme dont la photographie est reproduite dans cette thèse en est un bel exemple. Alors, à l'excision horizontale inférieure, on ajoute une excision verticale, dont la ligne de suture forme la branche verticale du J.

La peau et le tissu adipeux qui avoisinent la perte de substance glissent de dehors en dedans, s'affrontent, et prennent la place de ce qu'on vient d'enlever. Une dissection rapide mobilise, si c'est nécessaire, la peau doublée de graisse. De proche en proche, le glissement de toute la masse s'effectue et les bourrelets latéraux s'effacent. Cette pra-

tiqué a de plus l'avantage de retendre la peau de l'abdomen sur la paroi musculo-aponévrotique, et de renforcer celle-ci, ce qui est quelquefois très utile, comme nous l'indiquerons plus loin.

Si l'on veut enlever les seins énormes qu'on voit souvent aux femmes obèses, la technique est encore plus simple. Il suffit de pratiquer une amputation du sein, comme celle qui se fait dans les cas de tumeur de cet organe.

Mais, quels que soient le siège et la forme des excisions, le principe en reste le même. Il faut enlever *une ellipse de peau avec une pyramide de tissu cellulo-adipeux*.

Ceci fait, la plaie, large et béante, qui ne doit pas être exposée trop longtemps au contact de l'air, est couverte de compresses aseptiques imbibées de sublimé et, patiemment, on met de nouvelles pinces sur tous les vaisseaux qui ont échappé aux premières, jusqu'à ce que tout soit complètement à sec. A ce moment, on place une ligature au catgut sur *chaque pince*, précaution nécessaire, car on ne saurait prendre trop de soin pour assurer une hémostase absolument parfaite, comme on pourra s'en convaincre en lisant l'observation personnelle que nous avons rapportée dans cette thèse.

D'ordinaire, en effet, lorsqu'une artériole saigne dans un tissu cellulaire normal, on met une pince sur ce vaisseau, et, quand l'opération est terminée,

il n'y a plus trace d'hémorrhagie. Le sang est arrêté, et il ne coulera plus dans la suite.

Chez les obèses, et surtout chez les obèses alcooliques, il n'en est pas ainsi. Le vaisseau, qu'on croyait définitivement oblitéré par le pincement, se rouvre au bout d'une heure, deux heures, quelquefois plus et l'on assiste à une hémorrhagie secondaire, qui peut atteindre des proportions considérables.

Nous pensons que cette particularité doit être mise sur le compte de l'artério-sclérose avancée qu'on rencontre souvent chez ces malades.

Le manuel opératoire que nous venons d'exposer demande quelquefois à être légèrement modifié, c'est ainsi que les polysarciques présentent très fréquemment des hernies, qu'on pourra généralement opérer en même temps qu'on pratiquera le dégraissage.

Cette coïncidence et cette règle de conduite sont rapportées dans notre observation personnelle du malade opéré par M. le docteur Delaunay, et dans celle du malade opéré par M. le docteur Rockey. Ces deux malades présentaient l'un et l'autre une hernie ombilicale dont la cure radicale a été le premier temps de l'opération.

On sait que ce genre de hernie se rencontre surtout, et même presque exclusivement chez les obèses. Il n'est donc pas bien étonnant que, sur trois observations, nous en ayons rencontré deux cas.

Les hernies inguinales sont, elles aussi, assez communes dans la polysarcie, ce qui semble assez naturel si l'on songe à la quantité considérable de graisse qui s'accumule dans l'intérieur même de la cavité abdominale, sur les différents viscères qui s'y trouvent contenus. Cette graisse fatigue, par une pression continuelle, les parois abdominales, qui, affaiblies et infiltrées elles-mêmes par l'adipose, ne tardent pas à céder. Aussi, nulle part ne peut-on rencontrer plus que dans l'obésité, toutes les conditions voulues pour que se produisent les hernies dites de faiblesse.

Une autre éventualité beaucoup plus intéressante encore peut se présenter chez les femmes qui ont eu des enfants. Nous voulons parler de l'éventration.

En général, après cet accident le contenu de la cavité abdominale reste à peu près en place, retenu par la peau doublée du tissu cellulaire et tendue au-devant de la solution de continuité.

Au contraire, chez les polysarciques, dont le ventre peut prendre la forme d'une véritable besace, rien ne contient plus les viscères, qui peuvent sortir à travers l'éventration et venir tomber dans le pli graisseux que nous avons déjà plusieurs fois décrit à la partie antéro-inférieure de l'abdomen.

Si l'on avait l'occasion d'opérer une femme obèse ayant eu des enfants, il faudrait donc examiner avec soin l'état de la paroi musculaire

de l'abdomen, et s'assurer que le tablier à réséquer n'est pas un gigantesque sac contenant les viscères herniés à travers l'éventration. Cette éventualité nous obligerait, en effet, à des précautions beaucoup plus grandes au cours de l'opération.

Lorsque l'adipose se compliquera d'une hernie ombilicale, il sera bon de suivre le procédé employé par M. le docteur Delaunay, pour le malade dont l'observation est rapportée ici, et d'attaquer le sac non par le milieu ; mais par les parties latérales, ce qui rend l'opération beaucoup moins laborieuse. On fera donc de chaque côté une incision le long du sac, puis, l'intestin réduit, l'épiploon réséqué et l'anneau bien fermé, on taillera, en dehors de chacune des premières incisions, une tranche de peau et de graisse, pour compléter la partie verticale de l'excision, selon la méthode que nous avons exposée plus haut.

Dans les cas d'éventration, après avoir réduit l'intestin et réséqué s'il y a lieu l'épiploon, on devra refaire la ligne blanche en avivant les bords internes des muscles droits et en les suturant l'un à l'autre, ou bien entrecroiser ces muscles, ouvrant leur gaine aponévrotique, les disséquant, les tranchant par le milieu, suturant le tronçon inférieur de gauche au tronçon supérieur de droite et le tronçon supérieur de gauche au tronçon inférieur de droite.

Puis, ce premier plan de paroi refait on pourra s'occuper du plan superficiel à dégraisser. Deux

aiguillettes verticales et latérales seront taillées, les lambeaux à suturer seront mobilisés si c'est nécessaire par une dissection et une nouvelle excision dans le voisinage de l'aponévrose, le pli inférieur sera traité comme il a été dit, et la peau dégraissée et tendue au devant de la paroi réparée constituera comme une ceinture abdominale naturelle, la moins gênante et la mieux conditionnée qu'on puisse faire.

Quant aux hernies inguinales, si on voulait en débarrasser le malade en même temps que de sa graisse, on devrait baisser l'incision elliptique horizontale, ce qui permettrait de faire la partie inférieure de celle-ci au niveau du canal inguinal.

On pourrait alors commencer par opérer la hernie inguinale suivant la méthode employée par notre vénéré maître M. le professeur Berger, c'est-à-dire faire le long du trajet du canal inguinal une *incision abdominale*; ouvrir le sac, réséquer l'épiploon s'il y a lieu, et réintégrer l'intestin dans la cavité abdominale, saisir le collet du sac, poser sur lui une forte ligature à la soie, dont les deux chefs, après un premier nœud double, traverseront séparément, de l'intérieur vers l'extérieur, la paroi musculo-aponévrotique, à deux travers de doigt au dessus de l'orifice herniaire, et seront enfin réunis par un second nœud double, au dessus du pont de paroi abdominale laissé entre eux. Ainsi le péritoine sera tendu, comme un premier obstacle, au devant de l'orifice. Puis le cordon spermatique

avec tous ses éléments, étant attiré en bas et en dehors, on suturera de dedans en dehors par des points de soie séparés, la paroi profonde, effondrée, du canal inguinal ; on ne ménagera en dehors que le passage nécessaire à tous les éléments du cordon. Attirant ensuite celui-ci en dedans et en haut, on suturera de la même façon, mais de dehors en dedans, la paroi superficielle du canal inguinal, ne laissant à la partie la plus interne que le passage nécessaire au cordon et à tous ses éléments.

Ceci fait, on prolongera l'incision cutanée suivant la forme indiquée plus haut, pour pratiquer l'excision du tablier adipeux.

VI

Traitement médical qu'on devra conseiller aux polysarciques après l'opération.

A côté du traitement chirurgical et palliatif, avons-nous dit, il faut placer le traitement médical, hygiénique et physiologique.

Nous ne nous étendrons pas sur ce sujet, trop étranger à l'objet même de cette étude ; mais nous croyons devoir indiquer sommairement ici, quels ont été les moyens proposés par les différents auteurs pour guérir la polysarcie, et quel traitement nous devons conseiller à notre malade quand il sortira de nos mains, en état de se soigner.

Commençons donc par passer en revue le plus rapidement possible les différents *régimes* devenus classiques.

1° Le régime de **Dancel** consiste dans la diminution la plus grande possible des boissons. On ne devra pas dépasser deux cents à quatre cents grammes par repas, c'est-à-dire la valeur d'un à deux verres. Les soupes et aliments aqueux seront radicalement supprimés, ainsi que les féculents et les corps gras. De fréquentes purgations seront

administrées au patient dans le double but de produire une déperdition par les selles, et d'éviter la constipation très vive qui survient souvent chez les obèses dont on réduit les boissons.

2^o **Banting** a laissé son nom à un traitement, devenu célèbre et classique, qui lui avait été imposé par le docteur Harvey. Voici en quoi consistait son régime :

« *Au déjeuner* : 5 à 6 onces (150 gr. à 180 gr.)
« de viande maigre (sauf porc ou veau), de poisson grillé ou de lard fumé ; une tasse de thé ou
« de café sans sucre ; une once de biscotte ou de
« pain rôti (30 gr.)

« *Au dîner* : 5 à 6 onces de viande maigre ou de
« poisson (saumon, anguille et hareng exceptés),
« une petite quantité de légumes non féculents ;
« une once de pain rôti, ou de fruit, ou de volaille,
« deux verres de vin rouge, pas de bière, de champagne, ni de bordeaux.

« *Au thé* : 2 à 3 onces (60 gr. à 90 gr.) de
« fruits, un échaudé, une tasse de thé.

« *Au souper* : 3 à 4 onces (90 gr. à 120 gr.) de
« viande maigre ou poisson ; deux verres de vin rouge. Pas de pain.

« *Au coucher* : grog sans sucre, ou bien un à
« deux verres de vin rouge ou de Xérès. »

Au total par jour :

Aliments liquides : deux tasses de thé.

Quatre verres de vin rouge.

Un grog, ou deux verres de Xérès.

Aliments solides : Pain 60 gr.

Echaudé.

Viande 390 à 480 gr.

Pas de légumes.

Une très petite quantité de graisse.

Ce régime a produit sur Banting des effets dont il s'est loué beaucoup. Mais, essayé sur d'autres malades, on a vu quelquefois se produire, en même temps que l'amaigrissement, une anémie rapide, qui a forcé les médecins à suspendre le traitement.

3° Le régime d'**Ebstein** est celui qui permet aux obèses la plus grande quantité de graisse. Cette tolérance du médecin allemand pour les matières grasses dans le traitement des obèses, semble à première vue un paradoxe. Ce n'est pourtant pas une idée neuve, et Hippocrate conseillait déjà de nourrir « les gens gros » avec des substances grasses, qui rassasient vite, et dont on mange forcément moins. L'addition de graisse dans le régime enlève aux patients la sensation pénible de faim continuelle que d'autres traitements leur imposent, et diminue la sensation de soif. Il résulte des expériences de nombreux auteurs, et d'Ebstein en particulier, que les matières grasses, toutes choses égales d'ailleurs, sont moins favorables au développement de l'obésité, que les matières sucrées ou amylacées. Voici les prescriptions diététiques d'Ebstein :

« Au déjeuner : 250 grammes d'infusion de

« thé noir, sans lait ni sucre, et 30 grammes de
« pain blanc, ou de pain rôti recouvert d'une forte
« couche de beurre

« Au dîner : Potage à la moelle de bœuf, 120 à
« 130 grammes de viande, de préférence grasse,
« avec sauce grasse.

« Peu de légumes, surtout de légumes farineux
« ou sucrés.

« Fruits non sucrés.

« 2 à 3 verres de vin blanc léger, et après le
« repas, une tasse de thé, sans lait ni sucre.

« Au souper ; Une grande tasse de thé pur.

« Un œuf.

« Du rôti gras, du jambon ou du lard.

« Une tartine de pain bien beurrée.

« Quelquefois du fromage et des fruits frais. »

4° **C**ertel ordonne à ses malades :

Le matin : 150 grammes de café ou de thé au lait
(très peu de lait), 75 grammes de pain.

A midi : 110 à 120 grammes de viande maigre,
une petite quantité de volaille ou poisson, salade
et légumes verts, 25 grammes de pain, 100 à 200
grammes de fruits, 170 à 250 grammes de vin
léger.

A 4 heures : Une tasse de thé ou café faite avec
170 grammes d'eau, au besoin 25 grammes de
pain.

A 7 heures : Un ou deux œufs à la coque,
150 grammes de viande, 25 grammes de pain,

fromage, salade ou fruits, 170 à 250 grammes de vin mêlé d'eau.

Au total : 800 grammes de liquide environ au maximum, 125 grammes de pain, 300 grammes de viande environ.

5° Le traitement de **Kisch** est moins méticuleux. Il partage les aliments en deux catégories, les uns permis, les autres défendus.

Les premiers eux-mêmes doivent être pris en petite quantité. Ce sont :

Aliments solides : viandes maigres.

Oufs.

Pain grillé.

Légumes non farineux préparés sans aucune matière grasse.

Chlorure de sodium. Acides végétaux.

Boissons : Premier déjeuner, thé.

Aux autres repas, vin blanc étendu d'eau ; dans l'intervalle de grandes quantités d'eau froide. Tous les aliments gras, toutes les boissons alcooliques sont interdits.

6° Le régime diététique de **Dujardin-Beau-metz** consiste à donner aux malades :

A 8 h. :	Croûte de pain léger.	25 gr.
	Viande froide.....	50 gr.
	Thé léger sans sucre.	200 gr.
A midi :	Pain.	50 gr.
	Viande en ragoût...	50 gr. ou 2 œufs.
	Légumes verts.....	100 gr.
	Fromage.....	15 gr.

Fruits.

Vin mouillé d'eau... 250 gr.

A 7 heures, même repas qu'à midi.

On voit d'après ce résumé rapide, que les uns, comme Kisch, prescrivent à leurs malades des boissons abondantes, tandis que d'autres, comme Oertel, leur ordonnent de boire le moins possible.

Parmi ces opinions contradictoires, nous devons rapporter la théorie d'A. Robin, qui distingue les obèses par *excès d'assimilation* des obèses par *défaut de désassimilation*. L'analyse des urines lève tous les doutes à ce sujet : exagération de l'urée, excès d'assimilation, — diminution de l'urée, défaut de désassimilation. Aux premiers, le moins de boissons possible. Aux seconds, le plus qu'on voudra.

Enfin, l'exercice soutenu et persévérant est considéré par tous ces auteurs comme un point capital du traitement.

Parmi les moyens médicaux, on a préconisé pour les obèses anémiques les eaux ferrugineuses et légèrement alcalines. Aux arthritiques, M. le professeur G. Sée conseille de donner de faibles doses d'iodure.

Quel choix ferons-nous dans tous ces traitements à peu près également bons, et qui ont tous donné d'excellents résultats ?

La grosse difficulté, quand on veut soumettre au régime un obèse, c'est la complication que ce

régime apporte dans son existence et dans celle de son entourage. Que nous lui ordonnions de prendre des aliments pesés à quelques grammes près, il s'y soumettra peut-être quelques semaines, mais il ne s'astreindra pas longtemps à suivre des prescriptions si méticuleuses.

Le mieux est de faire un choix parmi ses aliments. Nous lui permettrons de la graisse, suivant la méthode d'Ebstein, et nous proscrirons seulement les aliments sucrés et féculents, *dans une certaine mesure*, toutefois, car nous savons qu'une alimentation exclusivement azotée n'est pas sans inconvénients, surtout chez les obèses qui excrètent une quantité d'urée au dessus de la normale.

Nous ordonnerons donc à nos malades de prendre : le matin en se levant une tasse de café noir sans sucre.

Au déjeuner et au dîner, ils mangeront les aliments préparés pour tout le monde, sauf les soupes, potages et féculents, dont ils devront se priver.

On leur apportera seulement à part 75 grammes de pain grillé qu'ils mangeront avec les mets qu'on leur servira. Dès qu'ils auront fini de manger leur pain, ils quitteront la table, et feront une promenade d'une heure.

Pendant leurs repas, nous les engagerons à boire le moins possible, si la quantité d'urée qu'ils rendent en 24 heures est augmentée. Nous

leur laisserons toute latitude à ce point de vue si elle est diminuée.

Leur boisson, aux repas, sera du vin blanc additionné de moitié d'eau. Dans la journée, nous les engagerons à se priver de boire, et nous défendrons surtout les boissons alcooliques, quelles qu'elles soient.

Nous ne leur permettrons pas plus de sept heures de sommeil par 24 heures. Nous exigerons d'eux un exercice soutenu, proportionné aux forces de chacun, consistant essentiellement en promenades à pied, mouvements gymnastiques divers, exercice des haltères, escrime, équitation, etc.

Nous joindrons à cela des préparations ferrugineuses ou de l'iodure suivant les cas, et nous espérons que, soumis à ce régime, nos obèses maigriront petit à petit sans se trouver trop fortement débilités.

VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Cette observation qui nous est personnelle, concerne un malade nommé Lejean Emile, âgé de 43 ans, exerçant la profession de marchand forain.

Cet homme entre à l'hôpital international, dans le service de M. le docteur Péan, le 25 février 1895, à cause de la gêne croissante que lui occasionnent son adipose, d'une part, et d'autre part, une hernie ombilicale qu'il porte depuis cinq ans, et qui, depuis un an, a notablement augmenté de volume. Dans la famille de ce malade, on trouve de nombreux cas d'obésité. Son père « pesait 237 livres au moment de son tirage au sort ». Il a une sœur qui pèse actuellement 230 livres, un frère jumeau, qui atteint le poids de 260 livres.

Lui-même, à l'âge de 21 ans, pesait 247 livres. Au moment de son entrée à l'hôpital, son poids s'élève à 245 livres.

Examen. — Lorsqu'on examine l'abdomen de ce malade, on constate que le tissu cellulaire sous-cutané

de toute cette région est infiltré de graisse dans des proportions considérables.

A la partie inférieure on remarque un repli volumineux descendant jusque sur la partie supérieure du scrotum et donnant au ventre l'aspect d'une sorte de besace.

Au niveau de l'ombilic, il existe une hernie du volume du poing, qui semble n'être constituée que par de l'épiploon. La peau qui recouvre cette tumeur est rouge et violacée. Par places, elle est tellement amincie qu'une menace de perforation est à craindre. Les manœuvres de réduction donnent un résultat négatif, et lorsque qu'on essaye de mobiliser la tumeur en masse, on remarque que sa base est fixée sur les parties profondes. On porte alors le diagnostic d'épiplocele ombilicale adhésive et on décide de faire une double intervention : débarrasser le malade de sa hernie ombilicale, et de la surcharge graisseuse de sa paroi abdominale.

Le malade présente en outre une pointe de hernie inguinale.

L'opération est pratiquée le 27 février 1895 par M. le docteur Delaunay, chef de clinique de M. le docteur Péan, à l'hôpital International.

Hernie ombilicale. — On circonscrit par deux longues incisions curvilignes la tumeur ombilicale de façon à arriver directement sur l'aponévrose, ceci permet d'aborder la hernie par sa périphérie et d'arriver ainsi petit à petit, en détachant les adhérences, jusqu'au niveau de l'anneau ombilical.

Il est alors facile de constater que la portion d'épiploon engagée, et adhérente à l'anneau, est relati-

vement petite, et que la hernie ne contient pas d'intestin. On détache ces adhérences, on fait une ligature en chaîne sur le pédicule, qui est sectionné et rentré dans l'abdomen. La masse épiploïque et la peau adhérente qui ont été enlevées pesaient ensemble 200 grammes.

M. le docteur Delaunay a trouvé préférable de circonscrire la tumeur plutôt que de l'aborder directement par une incision médiane au niveau de l'ombilic pour se débarrasser des difficultés que lui aurait présentées cette énorme masse épiploïque au milieu de laquelle il aurait été obligé d'opérer laborieusement pour arriver à l'isoler. Il n'a eu, en effet, qu'à détacher les adhérences profondes pour arriver rapidement et sûrement au pédicule sans avoir à craindre de blesser l'intestin.

Le pourtour de l'anneau a été excisé et une suture à trois étages en surjet au catgut a été pratiquée comme l'a indiqué M. Lucas-Championnière au congrès de chirurgie de Lyon.

Surcharge graisseuse. — M. le docteur Delaunay a pensé qu'il était utile, pour compléter son intervention, de débarrasser le malade du volumineux tablier graisseux qui constituait pour lui une véritable infirmité, et voici comment il a procédé.

Il prolongea la première incision jusqu'au niveau du pubis, sur la ligne médiane. De chaque côté de cette ligne médiane, et à environ quatre travers de doigt, il traça deux autres incisions verticales allant de deux centimètres environ au dessus de l'ombilic, jusqu'à l'arcade de Fallope. Ces incisions comprenaient la

peau et le tissu cellulaire graisseux jusqu'à l'aponévrose.

La partie profonde de ces deux grands lambeaux a été ensuite soigneusement disséquée en rasant l'aponévrose, donnant ainsi aux lambeaux enlevés l'apparence de deux énormes aiguillettes.

Au niveau de l'hypogastre, il a tracé une seconde incision curviligne allant d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre. A partir de l'extrémité de cette incision, il en traça de chaque côté une seconde venant aboutir à la solution de continuité médiane.

Il avait ainsi circonscrit deux lambeaux triangulaires latéraux qui ont aussi été enlevés ; tout le pourtour de cette vaste plaie a été autant que possible évidé de sa graisse, de façon à permettre la mobilisation des lambeaux ; deux surjets au catgut, l'un vertical, l'autre transversal, en ont réuni les bords. Deux fils de soie, pour l'incision verticale, et deux autres pour l'incision transversale, ont servi de points de soutien.

La quantité de peau et de tissu adipeux enlevée atteignait un poids de 3 kilogrammes 700 grammes.

On plaça deux drains dirigés obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, et sortant par les deux angles externes de l'incision transversale.

L'intervention totale durant depuis trois quarts d'heure déjà, on trouva plus avantageux de remettre à plus tard l'opération de la hernie inguinale.

Pendant toute la durée de l'opération, l'hémostase a été assurée par des pinces hémostatiques. Quelques ligatures seulement furent posées. Pour la plus grande partie des vaisseaux, le pincement temporaire pendant

la durée de l'opération avait suffi pour faire l'hémotase. Peut-être aurait-on dû tenir un plus grand compte de l'alcoolisme du sujet et de l'artériosclérose de ses vaisseaux et placer un plus grand nombre de ligatures, ce qui aurait probablement permis d'éviter l'hémorrhagie secondaire qui s'est produite pendant la nuit, hémorrhagie dont on a pu d'ailleurs facilement avoir raison.

C'est probablement à cet accident que l'on doit attribuer le retard de la guérison de l'opéré dont la plaie ne put pas se réunir par première intention. De plus, ce malade était un alcoolique avéré qui fut pris, dans les jours qui suivirent l'opération, d'une violente attaque de délire, au cours de laquelle il se leva et arracha son pansement.

Vers le 5^e jour, on constata de la suppuration. On supprima les points de soutien à la soie et on fit chaque jour de grands lavages et des pansements humides. Les lambeaux s'écartèrent, la plaie se mit à bourgeonner, et l'on dut faire à deux reprises de larges greffes d'Ollier-Thiersch pour hâter la guérison.

OBSERVATION II

Cette observation nous a été communiquée par M. le docteur Marx. Elle concerne un malade âgé de 28 ans, M. H. d'A..., étudiant en médecine, qui présentait une adipose des plus considérables, surtout marquée à la région antérieure et inférieure de l'abdomen.

A ce niveau, la peau, doublée d'un tissu adipeux très épais, formait un pli énorme. à direction transversale. Ce pli retombait sur les cuisses à la façon d'un tablier. Il entretenait dans les aines une irritation continue. Il y avait là des foyers d'érythème et d'intertrigo fort gênants pour le patient. Cette masse, retombant sur les cuisses, gênait aussi le malade dans la marche, dans les mouvements de flexion et dans le coït.

M. d'A... présentait les antécédents héréditaires suivants : sa mère est morte de *coma diabétique* ; son père était polysarcique à un haut degré. Il avait une sœur qui présentait aussi une obésité remarquable.

Lui-même était atteint d'une dilatation et d'une surcharge graisseuse du cœur, avec un léger souffle à la pointe, ce qui ne l'empêcha pas de supporter parfaitement l'opération, pendant laquelle il fut anesthésié au moyen du chloroforme.

MM. les docteurs Marx et Demars se décidèrent à l'opérer le 25 février 1890, et voici le procédé qu'ils ont employé :

Ils ont fait deux incisions, l'une au-dessus du pubis, l'autre à deux doigts de l'ombilic. Ces deux incisions, distantes l'une de l'autre de 15 centimètres sur la ligne médiane, se réunissaient sur les côtés. Elles avaient 48 centimètres de longueur, et allaient d'une épine iliaque à l'autre.

Avec le lambeau de peau intercepté par ces deux incisions, les opérateurs enlevèrent une couche de graisse de 12 centimètres d'épaisseur. Ils allèrent presque jusqu'à l'aponévrose, en dédolant un peu. La masse totale enlevée pesait 2 kilogrammes, ce qui est

énorme si l'on se reporte au peu de densité de la graisse.

35 points de sutures profondes et superficielles réunirent une lèvre de la plaie à l'autre lèvre. On ne plaça pas de drain. Pansement au salol et à la gaze salolée.

Vers le quatrième jour, un foyer de suppuration très limité se manifesta vers la partie moyenne de la suture. M. le docteur Marx fut obligé de couper trois points à cet endroit. Mais cette complication ne présenta pas de gravité, et disparut après quelques pansements antiseptiques. Le 1^{er} mars le malade était guéri, et le 8, il pouvait sortir et vaquer à ses occupations, sans aucun pansement.

M. le docteur Marx a suivi depuis cette époque le malade qu'il avait opéré. Aucun pli ne s'est reformé au niveau de l'excision pratiquée il y a cinq ans, et il semble que cette région ait été épargnée depuis ce temps par l'adipose générale que présente encore le patient.

M. le docteur Marx croit pouvoir attribuer ce fait à l'existence du tissu fibreux et cicatriciel résultant de l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION III

Cette observation nous a été communiquée par M. le docteur A.-E. Rockey, de Portland (Orégon).

Elle concerne un malade que ce chirurgien a opéré au mois d'août 1893.

Cet homme, âgé de 38 ans, et pesant 330 livres anglaises (150 kilogrammes), était atteint d'une adipose généralisée considérable. Le tissu graisseux s'était surtout accumulé au niveau de l'abdomen, et formait là un énorme pli qui retombait jusqu'au milieu des cuisses, et avait fini par constituer pour le patient une véritable infirmité.

De plus, ce malade présentait une vaste hernie ombilicale, dont M. le docteur Rockey fit la cure radicale en même temps qu'il pratiqua l'excision du tablier adipeux.

Cette hernie ombilicale contenait, avec une masse volumineuse d'épiploon, une anse du côlon transverse. C'est par elle que M. Rockey commença l'opération. Après avoir réduit l'intestin, et réséqué l'épiploon sur lequel il posa une forte ligature en chaîne, il aviva les bords de l'anneau et les réunit par un double surjet au catgut.

Puis il traça une incision joignant les deux épines iliaques antéro-supérieures et passant au-dessous du pli à réséquer.

Cette incision traversa le tissu cellulo-adipeux dans toute son épaisseur, et s'arrêta au voisinage de l'aponévrose.

Deux autres incisions, partant des extrémités de la première, furent tracées obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, au dessus du pli qu'il fallait circonscrire. Elles s'arrêtèrent, l'une et l'autre, à quatre ou cinq travers de doigt de la ligne médiane, et, de l'extrémité interne de chacune d'elles, partit

une nouvelle incision oblique, elle aussi, de bas en haut et de dehors en dedans, mais se rapprochant davantage de la verticale, tandis que les deux premières se rapprochaient de l'horizontale. Ces deux dernières incisions venaient se réunir sur la ligne médiane à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Ces cinq incisions, dont l'ensemble formait une demi-étoile à quatre branches, présentaient une longueur totale de cinq pieds neuf pouces (1^m80).

Cette large plaie fut réunie par première intention, sans qu'on ait à signaler la moindre complication.

La masse de peau et de tissu cellulaire enlevée atteignait le poids énorme de 42 livres (19 kilogrammes).

Le malade, une fois guéri de l'intervention chirurgicale, fut soumis par M. le docteur Rockey à un traitement médical et hygiénique approprié, dont il tira le plus grand bénéfice, puisque son poids était réduit, en décembre 1894, à 250 livres (113 kilogrammes 500 grammes) au lieu de 330 (149 kilogrammes) qu'il pesait avant l'opération. Le traitement médical lui a donc fait perdre 38 livres (17 kilogrammes) dans l'espace d'un an. Cet amaigrissement lent et progressif est des plus favorables, aussi n'est-on pas surpris que le malade ne s'en trouve en aucune façon débilité, et que M. le docteur Rockey l'ait quitté dans un état de santé parfaite.

Il ne faudrait pas un grand nombre de cas semblables à celui-ci pour justifier l'hypothèse que nous émettions, à savoir que l'intervention chirurgicale pourrait peut-être constituer comme une amorce à l'amaigrissement chez les malades opérés qui seraient ensuite soumis au traitement médical.

Il résulte, en outre, de la lecture de ces observations que, sauf certaines complications faciles à éviter au moyen des précautions que nous avons indiquées dans le courant de cette thèse, les excisions de tissu adipeux chez les obèses, en apportant à l'infirmité de ces malades un soulagement très considérable, ne leur fait courir aucun danger sérieux. Ce sont donc des opérations très légitimes, qu'on ne peut que désirer voir se répandre davantage, et dont on doit regretter la rareté des observations publiées.

VIII

CONCLUSIONS

Les excisions de tissu adipeux chez les obèses sont indiquées quand il se forme chez ces malades des plis ou des bourrelets graisseux qui, par leur développement et la gêne qu'ils occasionnent, deviennent une véritable infirmité.

Elles sont indiquées aussi dans les cas où la polysarcie est limitée à certaines régions du corps, les autres parties restant saines, comme dans le cas rapporté par Virchow. Elles ne devront être pratiquées ni sur les diabétiques, ni sur les malades présentant de grands accidents du côté du cœur.

Certaines précautions devront être prises pour les alcooliques : avant l'opération, régime désalcoolisant prolongé — pendant l'opération, soins tout spéciaux au moment de l'hémostase, et ligatures très nombreuses.

La coïncidence des hernies et surtout des her-

